

大西洋健康系统

_____ MORRISTOWN MEDICAL CENTER _____ HACKETTSTOWN MEDICAL CENTER 100 Madison Avenue Interoffice Box 111 Counseling Morristown NJ 07960 Pompton Plains, NJ 07444	_____ OVERLOOK MEDICAL CENTER 99 Beauvoir Avenue Interoffice Box 237 651 Willow Grove Street Summit, NJ 07902 Hackettstown, NJ 07840	_____ NEWTON MEDICAL CENTER 175 High Street 97 W. Parkway ATTN: Financial Newton, NJ 07860	_____ CHILTON MEDICAL CENTER
---	--	---	------------------------------

您有责任在提交填写完的财务援助申请书和证书时一并提交要求的所有文件。患者及其配偶必须各自填写一个认证页。

请注意，可能要求您提交下列文档以外为处理申请所必需的文档。请注意，如果您超过 18 岁但未满 22 岁，并且就读于全日制学校，则需要提供身份证明以及父母或法定监护人和兄弟姐妹的信息。还需要提供父母或法定监护人的收入和资产信息。

- 一张每个家庭成员的个人身份证明表格，包括父母、配偶和未成年的受赡养者。合格的身份证明形式包括：美国驾驶执照、护照、社会安全卡、出生证明、外国人登记卡或工作证。
- 截至_____（服务/申请日期）的地址证明。紧接在服务/申请日期之前的地址证明的合格形式包括：租赁或水电费帐单。也可以接受带患者姓名和地址的信件，但必须有服务/申请日期前 2 个月内的邮戳。不接受任何迟于服务日期的证明。不接受邮局邮箱地址。
- 患者及其配偶在紧接服务/申请日期前一个月、三个月或一年的总收入证明。证明文件可包括下列形式：
 - 来自雇主的工资单（紧接在_____前的连续 4 周）
 - 失业救济金信息（紧接在_____前的连续 4 周）
 - 社会安全福利授予信件或表明养老金、残疾、子女抚养费、赡养费、年金等其他福利的证明。
 - 雇主提供的带有公司信头的打印信件，说明就业时长，工资支付频率和已支付的工资总额。（不能提供近似金额，必须为准确数值，并在证明中有“gross”（总额）字样）
 - 如果患者和/或其配偶自谋职业，可提供会计师关于调整后总收入证明。必须包含报税号码，并由准备该文件的人员签名。必须为服务或申请日期前整一个月、三个月或一年的收入。要求的具体日期：____/____/____ 至 ____/____/____。
 - 如果患者及其配偶没有收入来源，则要提交来自食宿提供者的支持证明。
- 患者及其配偶双方截至（服务/申请日期）_____的最近期银行对账单（支票账户和活期存款）。我们还要求提供所有退休金、信托基金、定期存款（CD）、家庭拥有的除主要居所外其他房产的产权价值、股票、债券、IRA 以及任何其他流动资产的结单。
- 包括所有事项安排和 W2 的最近的纳税申报单。

大西洋健康系统

<input type="checkbox"/>	MORRISTOWN MEDICAL CENTER
<input type="checkbox"/>	OVERLOOK MDICAL CENTER
<input type="checkbox"/>	NEWTON MEDICAL CENTER
<input type="checkbox"/>	CHILTON MEDICAL CENTER

财务援助申请书

病人姓名	社会安全号码	出生日期
街道地址	城市	州 邮编
雇主	宅电	工资总额

其他收入		家庭总收入（截至服务日期）		
福利 \$	失业 \$	最近 12 个月	最近 3 个月	按年计
社会保障 \$	工作/报酬 \$	家庭规模	姓名和出生日期	
VA 养老金 \$	赡养费 \$			
租金 \$	其他 \$			

流动资产			
储蓄账户	支票账户	定期存款	国库券
IRA	可流通票据/公司股票	其他	流动资产总额

不符合医疗补助计划资格的种类 高收入
 并非残障
 不符合资格的外侨

不动产价值 \$

健康保险公司名称 保单号码

街道地址 城市 州 邮编

由保险支付的账单金额	保险未支付的金额	服务日期
------------	----------	------

我保证以上信息在我所知范围内真实准确。此外，我将申请可能为我支付医院收费的任何援助（Medicaid、Medicare、保险等），而且我将采取一切必要的合理行动来获取此类援助，并将其用于分配或追缴医院的收费。我了解，我有义务为医院提供 Medicaid 判决证明。我了解，根据州无偿医疗保健计划部门，此申请使医院能够确定我是否有资格获得无偿服务。基于医院已建立存档的标准。如果我提供的任何信息被证明并非属实，我了解，医院可以重新评估我的经济状况并采取任何适当的行动。

_____ 申请日期 _____ 申请人签名

不要在横线以下书写（仅限办公用途）

合格鉴定		
收到申请的日期	已确认收入 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 申请已批准 <input type="checkbox"/> 等待确认收入 <input type="checkbox"/> 等待 Medicaid 决议
<input type="checkbox"/> 申请被否决		

原因:

大西洋健康系统

合格率 _____ %	决议人签名 _____ 日期 _____
-------------	----------------------

注：如果申请被否决，您可以重新申请未来的服务

大西洋健康系统

由患者填写

证书

___ MORRISTOWN MEDICAL CENTER
___ OVERLOOK MEDICAL CENTER
___ NEWTON MEDICAL CENTER
___ CHILTON MEDICAL CENTER
___ HUNTERDON MEDICAL CENTER

___ A. 我有 (#) _____ 个小孩。

___ B. 我：单身，已婚，离异，丧偶，分居并与配偶没有经济关联。

___ C. 我未从前配偶/其他途径获得子女支持/赡养费。

签名：_____

___ D. 兹证明，我在以下期间没有收入： ___/___/___ 至 ___/___/___。

签名：_____

___ E. 在该服务期间，我 ___ 失业，或 ___ 就业于：_____

雇佣日期： ___/___/___ 我每周、每两周、每月、每年的收入为 \$ _____。

其他从 _____ 获得的收入为每周、每两周、每月、每年 \$ _____。

___ F. 兹证明我没有资产。

签名：_____

___ G. 我证实自 ___/___/___ 起我一直处于无家可归状态。我会/不会偶尔呆在本地避难所。
我有/没有身份证明。

姓名/居住地址：_____

签名：_____

___ H. 兹证明我没有提交 _____ 年的任何所得税申报表，因为 _____。

___ I. 兹证明我没有健康保险。

签名：_____

___ J. 我居住在_____

独自/与下列人员共同居住_____

___ K. 我自 _____ 起一直是新泽西州的居民。我在任何其他州或国家没有住处，
并有意想在新泽西继续居住。

签名：_____

___ L. 我不是新泽西州的居民。我在紧急情况下被该医院收治。

签名：_____

___ M. 我为了申请慈善护理做此证词。

我了解，我提交的信息将由大西洋健康系统和联邦或州政府进行核实。
故意歪曲事实将导致医院无权收取任何未由第三方保险机构承担的费用报销。
如果大西洋健康系统要求，我将申请政府或其他医疗援助（若我符合援助资格），用于支付医院账单。
兹证明，关于我的收入、家庭规模和资产的信息在我所知范围内真实准确。

大西洋健康系统

签名: _____

日期: _____

见证人: _____

日期: _____

. 如果已婚, 此页由配偶填写

_____ MORRISTOWN MEDICAL CENTER
_____ OVERLOOK MEDIAL CENTER
_____ NEWTON MEDICAL CENTER
_____ CHILTON MEDICAL CENTER
_____ HACKETTSTOWN MEDICAL CENTER

证书

___ A. 我有 (#) _____ 个小孩。

___ B. 我: 单身, 已婚, 离异, 丧偶, 分居并与配偶没有经济关联。

___ C. 我未从前配偶/其他途径获得子女支持/赡养费。

签名: _____

___ D. 兹证明, 我在以下期间没有收入: ____/____/____ 至 ____/____/____。

签名: _____

___ E. 在该服务期间, 我 ___ 失业, 或 ___ 就业于: _____

雇佣日期: ____/____/____ 我每周、每两周、每月、每年的收入为 \$ _____。

其他从 _____ 获得的收入为每周、每两周、每月、每年 \$ _____。

___ F. 兹证明我没有资产。

签名: _____

___ G. 我证实自 ____/____/____ 起我一直处于无家可归状态。我会/不会偶尔呆在本地避难所。

我有/没有身份证明。

姓名/居住地址: _____

签名: _____

___ H. 兹证明我没有提交 _____ 年的任何所得税申报表, 因为 _____。

___ I. 兹证明我没有健康保险。

签名: _____

___ J. 我居住在 _____

独自/与下列人员共同居住 _____

___ K. 我自 _____ 起一直是新泽西州的居民。我在任何其他州或国家没有住处, 并有意想在新泽西继续居住。

签名: _____

___ L. 我不是新泽西州的居民。我在紧急情况下被该医院收治。

签名: _____

___ M. 我为了申请慈善护理做此证词。

大西洋健康系统

我了解，我提交的信息将由大西洋健康系统和联邦或州政府进行核实。
故意歪曲事实将导致医院无权收取任何未由第三方保险机构承担的费用报销。
如果大西洋健康系统要求，我将申请政府或其他医疗援助（若我符合援助资格），用于支付医院账单。
兹证明，关于我的收入、家庭规模和资产的信息在我所知范围内真实准确。

签名： _____

日期： _____

见证人： _____

日期： _____